



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Joné Ailton Filho de Sousa</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2008226229-7</u>
CPF nº: <u>065.851.763-59</u>	Residência: <u>Rua Capitão Rodrigo, 280</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente Ceará</u>	Estado/UF: <u>CE</u> CEP: <u>63740-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 29 de Outubro de 2018.

Joné Ailton Filho de Sousa
(outorgante)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008226229 . 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/06/2012

NOME JOSÉ AIRTON FIALHO DE SOUSA

FILIAÇÃO JOSÉ ALVES DE SOUSA

ERIDAN FIALHO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE CRATEÚS - CE DATA DE NASCIMENTO 10/11/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:15915 FOLHA:95 V

LIVRO:A 14 NOVO ORIENTE - CE

CPE 065.851.763-59

VIA ASSINATURA DO DIRETOR P.: 72

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Assinatura do Titular

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>José Ailton Fialho de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Cap. Rodrigo, 280</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>065.851.763-59</u>	RG nº: <u>3008</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ceará-Ce</u>
CEP: <u>63.740-000</u>	Telefone: <u>(88) 99693472</u>	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - ce, 29 de Outubro de 2018.

José Ailton Fialho de Sousa

Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>José Ailton Fialho de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Cap. Rodrigo</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>065.851.763-59</u>	RG nº: <u>2008226229</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Novo Oriente Ceará - Ce</u>	Estado/UF:
CEP: <u>63740-000</u>	Telefone: <u>(88) 996693472</u>	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Novo Oriente - Ce, 29 de Outubro de 2018

José Ailton Fialho de Sousa
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 552241573

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002



Esta é a segunda via de

DEZ/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5626976 DV **5**

VENCIMENTO
15/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
54,05

DADOS DO CLIENTE

Rota 02 038030 01 026510 Medidor Poste
Nome MARIA RAQUEL GOMES MACEDO 5089194 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade RU CAP RODRIGO 00280 CENTRO NOVO ORIENTE 63740000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 008.921.293-28 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 32699 32628 1 71 0 71

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	71	0,69771	49,53

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 05/12/2018
Prev. Próxima Leitura 03/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

84DE.BB6F.AEC4.1CCF.4DC7.4D41.07CE.3B8D

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
49,53	27%	13,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	19,46
TRANSMISSÃO	2,08
DISTRIBUIÇÃO	11,09
ENCARGOS SETORIAIS	2,97
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	13,93

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

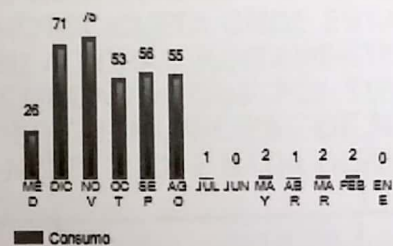
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,69

Conjunto CRATEUS

Mês OUT/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,2	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
Da dengue, Zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 0,56 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,44% e COFINS:0,72
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5626976-5 N° da Nota Fiscal: 552241573 Total a Pagar (R\$): 54,05
Data de Emissão: 18/12/2018 Referência: DEZ/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 14

BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 367 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/06/2016 11:28:46**
Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2015 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE MÃE DE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **NOVA OLINDA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ AIRTON FIALHO DE SOUSA**
Nascimento: **10/11/1997** CPF:
RG: **20082262297** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ERIDAN FIALHO DE OLIVEIRA**
JOSÉ ALVES DE SOUSA
Endereço: **NÃO INFORMADO LOCALIDADE DE MÃE DE DEUS** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

OBS: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE Ocorrência SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 299, 339 E 340 DO CPB).

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADO ESTAVA COMO GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/CG150 ESD, ANO DE FAB. E MODELO 2013/2014, COR BRANCA, PLACA OSP-2104- NOVO ORIENTE -CE, CHASSI 9C2KC1650ER003926, LICENCIADA E REGISTRADA EM DE DANIEL DE SOUSA LIMA CONDUZIDA POR SEU GENITOR, JOSÉ ALVES DE SOUSA; QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU NA LOCALIDADE DE VÁRZEA DO FEIJÃO QUANDO A MOTOCICLETA ONDE ESTAVA MONTADO, DERRAPOU E O MESMO MESMO CAIU AO CHÃO JUNTAMENTE COM SEU PAI; QUE COM A QUEDA FICOU DESACORDADO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE, CONFORME CÓPIA QUE APRESENTA NESTE ATO. E NADA DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCIO CRISTIANI SOARES SILVA - MAT.: 300065-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3





Governo Municipal
NOVO ORIENTE
Um novo tempo



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

N.º

DATA 05/08/15

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Arthur Fialho de Sousa

Pai: José Alves de Sousa

Mãe: Eridan Fialho de Oliveira

CNS:

Est. Civil: 5

Sexo: mas

DN: 10/11/1997

Idade: 17 a.

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço: mãe de Deus

Cidade: N.º

2. Sinais e Sintomas:

Paciente vítima de acidente de trânsito, comatado, Glasgow 8, pupilas midriáticas,

3. Diagnóstico: Fratura antebraço (D)

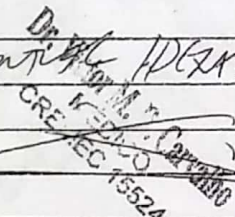
4. Conduta:

U. ADMISSÃO: Suscetível / Higiene / Descontaminação

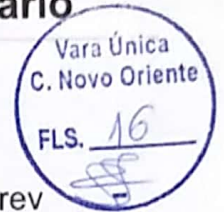
X José Alves de Sousa.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



SINISTRO 3160549901 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

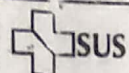
BENEFICIÁRIO JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA

CPF/CNPJ: 06585176359

Posição em 18-12-2018 12:59:32

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/10/2016	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 17

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

ATEND.: 4236713 DT. ATEND.: 5/8/2015 - 22:35

MATRI.: 853544 NASCIMENTO.: 10/11/1997

NOME.: JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA

MAE.: ERTAN FIALHO DE OLIVEIRA

CPF.: 06585176359 CNS: 708002349896625 SUSFACIL

ENDER.: MAE DE DEUS

BAIRRO: DISTRITO - NOVO ORIENTE

-CE- CEP: 63740000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

853544

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Mae de Deus

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Novo Oriente

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de traumatismo craniano grave. Glasgow 8. Ediplo de moto com corno. Tomografia cerebral mostrou hemorragia subaracnóidea pós-traumática e ausência de lesões intraparenquimatosas visíveis.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ultrassom + Exame físico + TC cerebral

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Traumatismo craniano grave

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 3 0 3 0 1 4 0 1 6

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

6 2 1 8 1 3 2 3 1 3 6 1 8

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Paulo Roberto Baenda Leal

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

618 288 233 68

Dr. José Ronaldo Vasconcelos da Graça
Médico Assistente - DEMASUS - Sobral

23 DEZ 2015

CPF: 004.888.444-84

Cristiano Araújo Costa
CRM 8362 DIRETOR FISCAL

(A) 9167(V)

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 4284430 DT. ATEND.: 24/9/2015 - 02:54
MATER.: 853544 NASCIMENTO.: 10/11/1997
NOME.: JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
MATER.: JOSE FIALHO DE OLIVEIRA
CPF.: 040.051.76359 CNB.: 7.870.037.1986625 SUSFACIL.:
ENDER.: ME DE DEUS
BAIRRO: DISTRITO - NOVO ORIENTE -CE- CEP: 63740000



QP:

HDA: Paciente vítima de acidente de moto com TCE na-
te. Foi encaminhado pela neurologia para acompanhamento
traumatológico por fratura fechada diáfise do braço do
antebraço direito

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SAME
CONFERE COM ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura fechada de rádio e ulna direito.

CONDUTA: Internação hospitalar
OX de antebraço

DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO

DATA: 24/09/2015

Assinatura

Assinatura



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 20
8

SOLICITAÇÃO DE VAGA NA UTI

CLÍNICA/SETOR: Gen. Anel

PACIENTE: _____

MATRÍCULA: _____ REGISTRO: _____

SEXO: M DATA: 05/08/15

SUMÁRIO DO CASO:

Do Unidade de Cuidados Intensivos
Coronária

A UTI - Anel

B Anel, separada
imediata

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Anel R. Montenegro
COORDENADORA

ELW08, máquina elétrica e pitor
brastemp
é feita com 115V e
liga fiação e pitor

Sobral considero o caso

MÉDICO SOLICITANTE: _____



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
HOSPITAL PSQUIÁTRICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677.1930 - Sobral-CE.

Boletim de Cirurgia (Preencher todos os campos após a cirurgia - verso a anverso)

NOME DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO:



Nº DA AIIH

REG.:

CÓDIGO CID

CONVERSÃO

CATEGORIA

DETAIHES

CÓDIGO SSM

CIRURGIA

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MÉDIA 5. MUL. T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDÁRIA

INÍCIO

TÉRMINO

DURAÇÃO

09:20 11:00

DIA MÊS ANO

DIA UTIL

09 09 15

☐ Sim
☐ Não

65 MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG. QUANT. VIA

MATERIAL DE SALA

TIPO CALIBRE (espessura)

QUANT.

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG. QUANT. VIA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFÉRMICA ORIGINAL
ANDRÉIA R. MORTAGOSTO
COORDENADORA

74 OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉRMI. HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Dr. Carlos Sílton A. Pereira

MÉDICO

CEIDE - (08) 3611.3161

EVOLUÇÃO TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Nome: Joni Ailton Fiollo de Sousa Matr.: 833894
Registro: 9236413 Idade: 17 Setor: UTI - adulto
Leito: 118 Diagnóstico: Politraumático
Admissão: 09/08/15
Co-morbidades: _____
Tratamento: Clínico (x) Cirúrgico () ANSG: () BN () DLM () DG
Risco de Desnutrição: () Baixo (x) Moderado () Alto
Peso Atual: _____ kg Peso habitual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
S: _____ PCT: _____ CMB: _____
Diagnóstico Nutricional: _____
Intolerância e/ou alergias: _____
Necessidades calóricas: _____ Necessidades Protéicas: _____

DATA 07/08/15 Volume Prescrito 700 Administrado 300
Dieta: Mantecados kcal/ml: 3,2 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 300 ml de 03 em 03 hs.
por gotejamento (x) Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com 50 ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12553

DATA 08/08/15 Volume Prescrito 1400 Administrado 1400
Dieta: Peptonison kcal/ml: 1,0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 200 ml de 03 em 03 hs.
por gotejamento () Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com 50 ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12553

DATA 09/08/15 Volume Prescrito 3050 Administrado 1650
Dieta: Peptonison kcal/ml: 1,0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 150 ml de 03 em 03 hs.
por gotejamento (x) Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com 50 ml de água filtrada
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12553

EVOLUÇÃO TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Nome: José Aurton Fiallar de Sousa Matr.: 853549
 Registro: 9236713 Idade: 17 Setor: UTS-Adulto
 Leito: _____ Diagnóstico: Politraumatizado
 Admissão: 05/08/15
 Co-morbidades: _____
 Tratamento: Clínico ☒ Cirúrgico () ANSG: () BN () DLM () DG
 Risco de Desnutrição: () Baixo ☒ Moderado () Alto
 Peso Atual: _____ kg Peso habitual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
 B: _____ PCT: _____ CMB: _____
 Diagnóstico Nutricional: _____
 Intolerância e/ou alergias: _____
 Necessidades calóricas: _____ Necessidades Protéicas: _____

DATA 30/08/15 Volume Prescrito 660 Administrado 210
 Dieta: Nutrição parenteral kcal/ml: 3,2 Ptn(g): 33,23
 Fibra(g): _____ Administrada: 30 ml de 01 em 01 hs.
 por gotejamento () Intermitente ☒ Contínuo
 Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada
 Eventos: _____
 Nutricionista Responsável: _____

Lia Albuquerque Mendes
 NUTRICIONISTA
 CRN 12563

DATA 30/08/15 Volume Prescrito 660 Administrado 660
 Dieta: Nutrição parenteral kcal/ml: 3,2 Ptn(g): 41,58
 Fibra(g): _____ Administrada: 30 ml de 01 em 01 hs.
 por gotejamento () Intermitente ☒ Contínuo
 Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada
 Eventos: _____
 Nutricionista Responsável: _____

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
COPIA ORIGINAL
Andréa B. Montenegro
COORDENADORA

Lia Albuquerque Mendes
 NUTRICIONISTA
 CRN 12563

DATA 17/08/15 Volume Prescrito 660 Administrado 210
 Dieta: Nutrição parenteral kcal/ml: 3,2 Ptn(g): 13,23
 Fibra(g): _____ Administrada: 30 ml de 01 em 01 hs.
 por gotejamento () Intermitente ☒ Contínuo
 Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada
 Eventos: _____
 Nutricionista Responsável: _____

Lia Albuquerque Mendes
 NUTRICIONISTA
 CRN 12563

EVOLUÇÃO TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Nome: José Ailton Filho de Sousa Matr.: _____
Registro: _____ Idade: _____ Setor: _____
Leito: _____
Admissão: _____ Diagnóstico: _____
Co-morbidades: _____
Tratamento: Clínico () Cirúrgico () ANSG: () BN () DLM () DG
Risco de Desnutrição: () Baixo () Moderado () Alto
Peso Atual: _____ kg Peso habitual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____
CB: _____ PCT: _____ CMB: _____
Diagnóstico Nutricional: _____
Intolerância e/ou alergias: _____
Necessidades calóricas: _____ Necessidades Protéicas: _____

DATA 23/08/15 Volume Prescrito 880 Administrado 880
Dieta: Peptonum kcal/ml: 1,0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: 90 ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente (x) Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada.
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____
Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

DATA 24/08/15 Volume Prescrito 1210 Administrado 1210
a: Peptonum kcal/ml: 1,0 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: SS ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente (x) Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada.
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____
Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563

DATA 25/08/15 Volume Prescrito 1210 Administrado 1210
Dieta: Novasolure Junior kcal/ml: 1,2 Ptn(g): _____
Fibra(g): _____ Administrada: SS ml de 01 em 01 hs.
por gotejamento () Intermitente () Contínuo
Lavar o cateter ou gastrostomia após administração de dieta com _____ ml de água filtrada.
Eventos: _____
Nutricionista Responsável: _____
Lia Albuquerque Mendes
NUTRICIONISTA
CRN 12563



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677 1930
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 25

Matrícula	Paciente		
853544	Jose Airtton Fialho De Sousa		
Idade	Sexo	Cor	Leito
17	Masculino	Parda	1362CSSJ

Dados Clínicos:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

Tipo de Exame:

RX DE PUNHO DIREITO (A.P / PERFIL)

Radiodiagnóstico:

Data:

Assinatura do Médico



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 36771930
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Casa Única
C. Novo Oriente

FLS. 26

Matrícula	Paciente		
853544	Jose Airton Fialho De Sousa		
Idade	Sexo	Cor	Leito
17	Masculino	Parda	1362CSSJ

Dados Clínicos:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

Tipo de Exame:

RX DE PUNHO DIREITO (A.P / PERFIL)

Radiodiagnóstico:

Data:

Assinatura do Médico



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3112-0400

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



ATESTADO MÉDICO

Atesto que **Jose Airton Fialho De Sousa**, necessita de **90** dias de Licença para tratamento de saúde.

C.I.D.: **S526 - Fratura Da Extremidade Distal Do Radio E Do Cubito [Ulna]**

Sobral/ 05/08/2015

Dra. [illegible]
MED. [illegible]
CRM [illegible]

Assinatura do Médico e Carimbo



Policlínica Regional Raimundo Soares Resende



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



ATESTADO MÉDICO

JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA, foi vítima em agosto de 2015 de traumatismo intracraniano grave devido acidente motociclístico sem capacete causando lesão axonal difusa grave, necessitando de internamento em unidade de tratamento intensivo prolongado e traqueostomia.

Atualmente, existe uma importante recuperação funcional, principalmente relacionada à deambulação e à comunicação, mas persiste um déficit de memória recente imediata moderado e dor intermitente aos esforços físicos em membro superior fraturado, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico traumatológico.

Devido a persistência dos sintomas, esta paciente se encontra parcialmente incapacitado para exercer uma atividade profissional por 12 (doze) meses.

CID S 06.7 / T 90.5

Crateús, 25.07.2016.

Espartaco M. L. Ribeiro
NEUROLOGIA
CREMEC 10838



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
CNPJ: 11.389.692/0001-28
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Jose Lúcia Fialbo d. Pereira

END.: _____

CIDADE: _____ ☐ SEDE ☐ ZONA RURAL

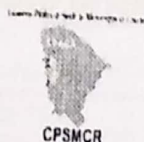
Parati em anamnese
numerosa com sintomas
de TCE grave com que
do de registo após exame

CAD: 506.9.

06/09/18

Carimbo profissional
Data: 1/1/18

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsnoooriente2017@gmail.com



Policlínica Regional
Raimundo Soares Resende

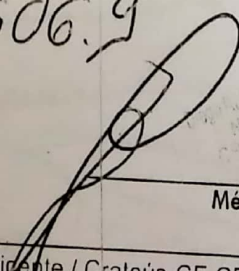


RECEITUÁRIO

Nome: Jose Airton Filho de Jesus
Gaudo Medico

Recem em acompanhamento
neurologico nos serviços com
histórico de trauma físico e
crânio encefálico com quadro
de convulsões neurocomport.
monofásicas episódicas. (Agosto
2015). Em uso de: italdol
1mg (dd)
CID 10: S06.9

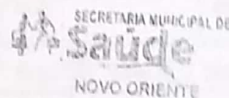
Data 25 OCT 2017

Médico 

Rua Gustavo Barroso, 853 São Vicente / Crateús-CE CEP 63.700-000
Fone: (0xx88) 3691.2125 3691.2141 3691.2145 3691.3725
e-mail : policlinica.crateus@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
CNPJ: 11.389.692/0001-26
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: Jane Antônia Fialho Lima
END.: _____
CIDADE: _____ ☐ SEDE ☐ ZONA RURAL

Paciente vítima de
TCE grave no Agente
2015, segue de requebra
neurológica, alterações de
comportamento e deprimido
cognitivo, com risco para
suicídio pessoal.

07/06/18

carimbo profissional

MEDICO
CREMEC 15524

Data: ____/____/____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsnovooriente2017@gmail.com



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 32

NOME: José Afonso Fialho de Sousa		DATA: 24/09/15	REGISTRO: 4284430
IDADE: 77	SEXO: M	COR: B	CLÍNICA: Ortopedia
PRESSÃO ARTERIAL:		PULSO:	RESPIRAÇÃO:
ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ MAU ☐ PÉSSIMO ☐		RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I ☒ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐	
EXAMES COMPLEMENTARES: — II —			
AP. RESPIRATÓRIO: NDN		AP. CIRCULATORIO: NDN	
AP. DIGESTIVO: NDN		ESTADO MENTAL:	
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA:		ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 E	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:			
CIRURGIA REALIZADA: Osteopuntura de Antebraço ①			
CIRURGIÃO: André Montenegro			
AUXILIARES:			
INÍCIO DA ANESTESIA:		TÉRMINO DA ANESTESIA:	
DURAÇÃO DA ANESTESIA:			
AGENTE/HORA: 10 30 11 30 12			
O N.O.			
LIQUIDOS			
VENOSOS			
PULSO			
DIÁSTOLICA SISTÓLICA			
P. ARTERIAL			
ANESTESIA X CÓDIGOS CIRURGIA O			
MONITORAÇÃO ARTERIAL			
E.C.G.			
OX. PULSO			
ANOTAÇÕES			
ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐			
TÉCNICA			
LIQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE		1. Propofol 1g	
NaCl 1000 ml		2. Bido 1% 400 mg	
SANGUE		3. Clonidina 150mg	
RINGER		4. Fentanyl 100mcg	
TOTAL		5. Midazolam 5mg	
DESTINO DO PACIENTE		6. Cetamina 20mg	
APTO ☐ ENFERM. ☐ SRPA ☐ UTI ☐ OUTROS ☐		7. Propofol 50mg	
SRPA		8. 10	
PA:		RESPIRAÇÃO: SpO ₂	
ASSINATURA / ANESTESISTA			

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
André R. Montenegro
COORDENADORA

ROCHA DE OLIVEIRA FILHO
ANESTESIOLOGISTA
CREMEC: 11859

Gráfica CLEDE - 3611.3723

PRESCRIÇÃO: 1435548 DATA: 25/09/2015 10:30
USUÁRIO: AUL
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 15D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
RESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 1 DIAS(S) INT

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA:
CID.: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VIA
Dra. M.ª Jose Zago
MÉDICA
CRM 133.06
Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE, 17A, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE GRAVE EM 05/08/2015
VEIO ENCAMINHADO DA NEUROLOGIA, PARA ACOMPANHAMENTO TRAUMATOLÓGICO POR FX FECHADA DIAFISÁRIA
DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIR

REALIZAÇÃO: OX EM 24/09/15

EM USO DE: SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL. NEGA ALGIAS OU OUTRAS QUEIXAS.
NÃO ABRO CURATIVO POR SER 1º PO. À INSPEÇÃO OBSERVA-SE EDEMA DE +1/+4 EM MÃO DIREITA.
FERIDAS EM PÉS D E E EM PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO, GRANULADAS

COND: AG FO

Solicito RX de Controle

4284430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA PASTOSA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
[25/09] 10:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

2 C.C. SORO FISIOLÓGICO A 0,9% FRASCO
C/500ML

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
EV LIVRE

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +
AD 18 ML - HC
Obs.: S N

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
2 AMPOLA S EV LIVRE

4 C.C. AMPLICTIL 5MG/ML 5ML AMPOLA
Obs.: Dar meia amp EV. SN

2 AMPOLA S EV LIVRE

1-> SERINGA DESCARTAVEL 5ML

1 UND

1-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

1 UNIDADE

5 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC
Obs.: S N

2 AMPOLA S EV LIVRE

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

PRESCRIÇÃO: 1435548 DATA: 25/09/2015 10:30
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 15D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 1 DIAS(S) INT



1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
6 C.C. RANITIDINA 50MG 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	12X12 HOR	18	06
→ AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA					
→ AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
→ SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND					
7 CLEXANE 40 MG/0,4ML SERINGA - HC	1	UNIDADE		SB	24X24-HC	[25/09]	10:30

Obs.: A NOITE 18 HS.

Suspensa

MEDICAMENTOS ORAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 FENITOÍNA 100MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	8x8-N	10	18 02
9 DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDO - HC	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[26/09]	00
10 DIAZEPAM 10MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	22	
11 AMYTRIL 25MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[26/09]	00

Obs.: 1 CP POR SNG ANTES DAS PRINCIPAIS ALIMENTACOES.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
12 SINAIS VITAIS DE 6/6HS							
13 FONOTERAPIA							

FISIOTERAPIA

14 FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA							
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Obs.: FORTALECIMENTO MUSCULAR

Santa Casa de M. de Sobral
COPIA COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Dra. M. José Lago
MÉDICA
CRM 133/CE
AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM 2411

PRESCRIÇÃO: 1435915 DATA: 26/09/2015 11:00
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 16D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 253544 - JOSE NIRTON FINHO DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 2 DIAS(S) INT



17 VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA:
CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE GRAVE EM 05/08/2015
ENCAMINHADO DA NEUROLOGIA, PARA ACOMPANHAMENTO TRAUMATOLÓGICO POR FX FECHADA DIAFISÁRIA DOS
OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

REALIZADO: OX EM 24/09/15

EM USO DE: SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PCT EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL
PCT RELATA TONTURAS, COM EPISÓDIOS DE PERDA DA CONSCIÊNCIA AO SE LEVANTAR DA CAMA
FO LIMPA, SEM SECREÇÃO

RX CHECADO
AGUARDANDO AG E FO

4284430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA PASTOSA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1					[26/09]	11

HIDRATAÇÃO VENOSA

2 C/C SORO FISIOLÓGICO A 0,9% FRASCO
C/500ML

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	FRASCO			EV LIVRE		

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

3 C/C BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +
AD 18 ML - HC
Obs.: S N

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	AMPOLA			EV LIVRE		

4 C/C AMPLICTIL 5MG/ML 5ML AMPOLA

Obs.: Dar meia amp EV. SN

2	AMPOLA		S	EV	LIVRE	
---	--------	--	---	----	-------	--

> SERINGA DESCARTÁVEL 5ML

1 UND

> AGULHA DESCARTÁVEL 40X12

1 UNIDADE

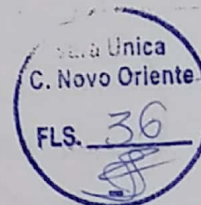
5 C/C DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC

Obs.: S N

2	AMPOLA		S	EV	LIVRE	
---	--------	--	---	----	-------	--



PRESCRIÇÃO: 1435915 DATA: 26/09/2015 11:00
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 16D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 2 DIAS(S) INT



1ª VIA

Rubrica do Médico

MEDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO: 1/
DIAGNOSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
6 C.C. RANITIDINA 50MG 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	12X12 HOR	18.06
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA				
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND				
7 CLEXANE 40 MG/0.4ML SERINGA - HC	1	UNIDADE		SB	24X24-HC	[27/09] 10
Obs.: A NOITE 18L-HS.						

MEDICAMENTOS ORAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8 FENITOINA 100MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	8x8-N	10.18-02
9 DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDO - HC	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[27/09] 00
Obs.: 1 CP POR SNG ANTES DAS PRINCIPAIS ALIMENTACOES.						
10 DIAZEPAM 10MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	02
11 AMYTRIL 25MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[27/09] 00

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
12 SINAIS VITAIS DE 6/6HS						
13 FONOTERAPIA						

FISIOTERAPIA

14 FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
Obs.: FORTALECIMENTO MUSCULAR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM. 2-11

PRESCRIÇÃO: 1436167 DATA: 27/09/2015 09:30
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 17D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FRALECO DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 3 DIAS(S) INT



1ª VIA

Receita do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 1362 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE GRAVE EM 05/08/2015
ENCAMINHADO DA NEUROLOGIA, PARA ACOMPANHAMENTO TRAUMATOLÓGICO POR FX FECHADA DIAFISÁRIA DOS
OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

REALIZADO: OX EM 24/09/15

EM USO DE: SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PCT EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL
FO LIMPA, SEM SECREÇÃO

AGUARDO AG E FO

ALTA HOSPITALAR

4284430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA PASTOSA	1					[27/09]	09:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C SORO FISIOLÓGICO A 0,9% FRASCO C/500ML	1	FRASCO		EV	LIVRE		

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA + AD 18 ML - HC Obs.: S N	2	AMPOLA		S	EV	LIVRE	
4 C.C. AMPLICTIL 5MG/ML 5ML AMPOLA Obs.: Dar meia amp EV SN	1	UND					
> SERINGA DESCARTAVEL 5ML	1	UNIDADE					
> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
5 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC Obs.: S N	2	AMPOLA		S	EV	LIVRE	

UNID. CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

PRESCRIÇÃO: 1436167 DATA: 27/09/2015 09:30
USUÁRIO: AUDY
ATENDIMENTO: 4284430 DT NASC: 10/11/1997 (17A 10M 17D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 853544 - JOSE AIRTON FIALHO DE SOUSA
RESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 24/09/2015 02:54 3 DIAS(S) INT



1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA (RESIDENTE) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO: LEITO 1362 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA:
CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] CICLO: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
6 C/C RANITIDINA 50MG 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	12X12 HOR		
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA					
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND					
7 CLEXANE 40 MG/0,4ML SERINGA - HC	1	UNIDADE		SB	24X24-HC	[27/09]	10
Obs.: A NOITE 18 HS.							

MEDICAMENTOS ORAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 FENITOÍNA 100MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	8x8-N		
9 DOMPERIDONA 10.MG COMPRIMIDO - HC	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[28/09]	00
Obs.: 1 CP POR SNG ANTES DAS PRINCIPAIS ALIMENTACOES.							
10 DIAZEPAM 10MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR		
11 AMYTRIL 25MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	24X24 HOR	[28/09]	00

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
12 SINAIS VITAIS DE 6/6HS							
13 FONOTERAPIA							

FISIOTERAPIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
14 FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA							
Obs.: FORTALECIMENTO MUSCULAR							

SANTA CASA DE M. DE SOBRAL
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

ALTA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
15 ALTA HOSPITALAR							

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411

CONCLUSÃO
Aos 09 de 01 de 20 19 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.

Scanned by CamScanner